

округлой формы с четким контуром, сообщающиеся с полостью бокового желудочка. Для дифференциации порэнцефалии и арахноидальных кист необходимо применять компьютерную или магнитнорезонансную томографию.

К относительно редким порокам развития головного мозга у новорожденных (0,1%) относится **аномалия структур задней черепной ямки – порок Денди-Уокера** (вентрикуломегалия, ретроцеребеллярная киста и расширение большой цистерны). При нейросонографии определяется расширение желудочковой системы мозга, сообщение кистозной полости с четвертым желудочком, что с большой долей вероятности позволяет предположить наличие данного порока. Однако для уточнения диагноза требуется томография.

Также к относительно редким порокам относится **голопрозэнцефалия** – неразделение переднего мозгового пузыря (переднего мозга) на два полушария. Выделяют три формы голопрозэнцефалии : алобарная, семилобарная и лобарная. Алобарная наиболее тяжелая, дети погибают в раннем возрасте. При НСГ головной мозг представлен единой полостью вместо бокового и третьего желудочков. ХЗрительные бугры не разделены, отсутствует мозолистое тело и серповидный отросток мозговой оболочки.

Таким образом,

- Врожденные пороки головного мозга являются нередкой патологией у новорожденных детей

- Чаще всего встречается врожденная гидроцефалия

- Нейросонография является информативным методом исследования детей для выявления пороков развития головного мозга. Однако в ряде случаев для уточнения характера порока требуется проведение компьютерной и магнитнорезонансной томографии.

- Нейросонография является скрининговым методом исследования нервной системы у детей и позволяет дифференцированно подходить к назначению лучевых методов исследования.

#### **Литература:**

1. Детская ультразвуковая диагностика / под ред. М.И. Пыкова, К.В. Ватолина. – М., 2001.
2. Дворяковский, И.В. Ультразвуковая диагностика в неонатологии и педиатрии / И.В. Дворяковский. – М., 2000.
3. Васильев, А.Ю. Ультразвуковая диагностика в детской практике / А.Ю. Васильев, Е.Б. Ольхова. – М., 2008.

**УДК 618:616-036-055.25-053.6**

### **РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ В ДОПУБЕРТАТНОМ ВОЗРАСТЕ ХРОНИЧЕСКИМИ РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ВУЛЬВОВАГИНИТАМИ**

***Жукова Н.П., Щитенко Ю.И.***

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Введение.** Хронические вульвовагиниты, перенесенные в детском возрасте, могут способствовать образованию рубцовых изменений во влагалище, в наружном зеве шейки, возникновению полипов, кондилом, переходу воспалительного процесса на матку и придатки, что в более старшие возрастные периоды может приводить к нарушению менструальной функции, развитию первичного бесплодия, невынашиванию беременности [1].

**Цель работы.** Проанализировать репродуктивное здоровье девочек-подростков, страдающих в допубертатном возрасте хроническими рецидивирующими вульвовагинитами.

**Материал и методы.** Нами проведена оценка физического развития по данным основных антропометрических показателей, оценка развития вторичных половых признаков, становления и характера менструального цикла, гинекологической и соматической заболеваемости у 35 девочек-подростков, которые в допубертатном возрасте страдали хроническими рецидивирующими вульвовагинитами. Статистическая обработка полученного в ходе исследования материала проводилась с помощью пакета STATISTICA 10.0. При этом были использованы модули Basic Statistic/Tables.

**Результаты и обсуждение.** Одним из главных показателей физического и полового развития является соотношение массы и роста. Мы установили, что средний рост девочек-подростков составил  $162,9 \pm 2,7$  см, средняя масса тела –  $57,6 \pm 7,6$  кг, средняя величина индекса массы тела –  $21,7 \pm 2,8$ .

Физическое развитие у 21 (60,0%) пациентки было гармоничным, у 8 (22,9%) – дисгармоничным за счет превышения массы тела (средняя масса тела –  $69,6 \pm 2,4$  кг, средний ИМТ –  $26,3 \pm 0,4$ ) и у 6 (17,1%) – за счет снижения массы тела (средняя масса тела –  $47,7 \pm 1,0$  кг, средний ИМТ –  $18,0 \pm 0,3$ ).

Оценка развития вторичных половых признаков показала нормальную последовательность их появления: у девочек сначала увеличивались молочные железы, затем появлялись волосы на лобке, в подмышечной впадине и менархе.

У 26 (74,3%) девочек половая формула соответствовала возрастным стандартам. Нарушения полового развития выявлены у 9 (25,7%) пациенток, при этом умеренное опережение (раннее телархе, менархе) отмечалось у 5 (14,3%), а умеренное отставание – у 4 (11,4%). Низкий балл полового развития был обусловлен недостаточным развитием молочных желез, задержкой оволосения подмышечных впадин, возраста появления менархе и нерегулярным менструальным циклом. Общий балл полового развития к 17 годам у девочек-подростков с перенесенными в детском возрасте хроническими вульвовагинитами составил  $10,9 \pm 0,5$  балла.

Средний возраст появления менархе составил  $13,3 \pm 0,9$  лет. Становление менструального цикла с началом первой менструации наблюдалось у 10 (28,6%) девушек-подростков, в течение первого года менструальный цикл установился у 12 (34,3%) девочек-подростков, отсутствие регулярного менструального цикла на момент проведения исследования отмечалось у 13 (32,3 %) пациенток. Умеренные менструальные выделения отмечали 19 (54,3%) девочек-подростков, обильные – 10 (28,6%), скудные – 6 (17,1%). Безболезненные менструации были у 21 (60,0%) пациентки, болезненные – у 14 (40,0%). Продолжительность менструального цикла менее 21 дня имела место у 3 (8,6%) обследованных, от 21 до 35 дней – у 19 (54,3%), свыше 35 дней – у 13 (32,3%). Продолжительность менструального кровотечения до 3-х дней была в 17,1% случаев, от 3 до 5 дней – в 28,6%, от 5 до 7 дней – в 25,7%, от 7 дней и более – в 28,6% наблюдений.

Нами установлено, что девочки-подростки имели высокую гинекологическую заболеваемость, обусловленную, прежде всего, высоким удельным весом воспалительных заболеваний женских половых органов (60,0%), из которых 42,9% составляют вульвовагиниты (неспецифические – 14,3%, специфические – 28,6%). Возбудителями специфического вульвовагинита в 4 (11,4%) случаях были хламидии, в 5 (14,3%) случаях – грибы рода *Candida*, в 1 (2,9%) случае – трихомонады.

Причиной заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, является, очевидно, раннее начало половой жизни, частая смена половых партнеров, социальная дезадаптация девочек, отсутствие сексуальной грамотности. Так, сексуально-активными были 29 (82,9%) девушек, средний возраст полового дебюта составил  $14,5 \pm 0,7$  лет.

Характерен был промискуитет, у каждой второй девушки было не менее 2-х половых партнеров. Средства контрацепции использовали 24 (82,8%) пациентки из 29, при этом презерватив – 14 (58,3%), а прерванный половой акт и ритм метод по календарю, которые не защищают от инфекций, передающихся половым путем, 7 (29,2%) и 3 (12,5%) соответственно.

Среди гинекологических заболеваний отмечается также высокий удельный вес патологии шейки матки (22,9%) и нарушений менструальной функции (42,9%). Опухолевидные образования яичников выявлены у 4 (11,4%) пациенток. Следует отметить, что у 13 (37,1%) девочек зафиксировано несколько гинекологических заболеваний.

Таким образом, для девочек, страдающих хроническими рецидивирующими вульвовагинитами в допубертатном возрасте, в подростковом периоде характерны нарушения полового развития, длительный период становления регулярного менструального цикла, высокая частота гинекологической заболеваемости, что, несомненно, отражается на процессах становления репродуктивной системы и способствует снижению репродуктивного потенциала. Это диктует необходимость выделения девочек с хроническими рецидивирующими вульвовагинитами в допубертатном возрасте в группу риска развития нарушений репродуктивной функции в более старшие возрастные периоды и своевременного проведения у них комплексных лечебно-профилактических мероприятий.

#### **Литература:**

1. Гуркин, Ю. А. Детская и подростковая гинекология / Ю. А. Гуркин. – М. : МИА, 2009. – 698 с.

**УДК 616.24-002-053.32**

### **ОСОБЕННОСТИ И МЕХАНИЗМЫ ИММУННОЙ АДАПТАЦИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ПНЕВМОНИЯМИ**

*Журавлева Л.Н.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Введение.** Несмотря на неуклонную оптимизацию антибактериальной терапии, улучшение технологий выхаживания недоношенных детей, уровень заболеваемости и смертности новорожденных детей вследствие неонатальных пневмоний продолжает оставаться высоким [1,2]. Проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ) детям с тяжелой дыхательной недостаточностью, катетеризация центральных сосудов с целью проведения инфузионной терапии и парентерального питания, антибактериальная терапия - все это снижает защитный потенциал у ребенка [3,4,5]. Так по статистическим данным в Витебской области количество случаев пневмонии среди доношенных и недоношенных составило в 2015 году – 146 случаев (5,8%), в 2016 году – 107 (4,5%). А РДС наблюдался у 166 детей (6,6%) в 2015 году, и у 172 – (7,2%) в 2016. Также случаи пневмонии наблюдаются среди случаев инфекции специфичной для перинатального периода, которая регистрировалась у 126 детей (5%) в 2015 году и 87 новорожденных (3,6%) в 2016 году соответственно

Пневмонии у новорожденных могут приводить к хронизации заболеваний бронхолегочной системы, инвалидизации. В настоящее время доказана ведущая роль провоспалительных цитокинов и баланса их с антагонистами в выраженности и направленности системной воспалительной реакции [4,6,7].